128

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900 — **THÈSE** — N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 19 Décembre 1900, à 1 h.

PAR

Pierre BARGE

Né à Viscontat (Puy-de-Dôme), le 7 Décembre 1874
Ancien interne de l'Hôtel-Dieu
Lauréat de l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand (1897-98)
Ancien interne de l'Hôpital N.-D. de Bon-Secours à Paris

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT CHIRURGICAL DES FISTULES A L'ANUS

(RÉSECTION ET SUTURE)

Président : M. TILLAUX, professeur.
Juges : MM. POIRIER, professeur.
BROCA (Aug.) et LEGUEU, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
ANCIENNE MAISON JOUVE
Imprimerie de la Faculté de Médecine
L. BOYER
15, Rue Racine, 15
—
1900

128

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900 — **THÈSE** — N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 19 Décembre 1900, à 1 h.

PAR

Pierre BARGE

Né à Viscontat (Puy-de-Dôme), le 7 Décembre 1874
Ancien interne de l'Hôtel-Dieu
Lauréat de l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand (1897-98)
Ancien interne de l'Hôpital N.-D. de Bon-Secours à Paris

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT CHIRURGICAL DES FISTULES A L'ANUS

(RÉSECTION ET SUTURE)

Président : M. TILLAUX, professeur.
Juges : MM. POIRIER, professeur.
BROCA (Aug.) et LEGUEU, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

PARIS
ANCIENNE MAISON JOUVE
Imprimerie de la Faculté de Médecine
L. BOYER
15, Rue Racine, 15
—
1900

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSSEURS	MM.
Anatomie	FARABEUF
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER
Hstoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL, DEBOVE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	TERRIER
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	LANDOUZY
Hygiène	PROUST
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BRISSAUD
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE
Clinique médicale	POTAIN, JACCOUD, HAYEM, DIEULAFOY
Maladies de enfants	GRANCHER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	BERGER, DUPLAY, LEDENTU, TILLAUX
Clinique ophtalmologique	PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON
Clinique d'accouchement	BUDIN, PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRE	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA TOURETTE	MÉNETRIER	VARNIER
BROCA André		MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques..... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES BIENFAITEURS

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris
Membre de l'Académie de médecine
Chirurgien de l'Hôpital de la Charité
Commandeur de la Légion d'honneur

Introduction

Arrivé au terme de nos études médicales, qu'il nous soit permis d'exprimer ici notre reconnaissance à tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à notre instruction et nous ont dirigé de leurs conseils.

De ce nombre, citons tout particulièrement M. le Docteur Bousquet, directeur de l'Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand, dont nous eûmes l'honneur d'être l'interne et qui nous initia de bonne heure à la pratique de la chirurgie, MM. les Docteurs Tixier, Gagnon et Pojolat.

A Paris pendant une année, nous eûmes pour maître le regretté Docteur Ferrand. Nous avons retiré grand profit de ses conférences de propédeutique. Nous conserverons de cet homme de bien un souvenir ému.

Entre-temps, nous suivions à l'Hôtel-Dieu les leçons cliniques des Professeurs Duplay et Dieulafoy. A la Charité M. Tillaux, à la Pitié M. Thibierge, à Saint-Louis M. du Castel, à la Salpêtrière le Professeur Raymond, à l'Hôpital des Enfants-Malades le Docteur Moizard furent aussi de ceux qui nous prodiguèrent leur enseignement.

A tous, nous adressons l'hommage de notre profonde gratitude.

Cet hommage doit encore revenir pour une large part, à M. le Professeur agrégé Bonnaire, qui, pendant notre stage à la Maternité de Lariboisière, s'est efforcé de nous rendre familier l'art des accouchements.

Enfin, qu'il nous soit permis de dire quelle année excellente nous avons passée à l'Hôpital de Notre-Dame de Bon-Secours, en compagnie de médecins dévoués et aimables. Merci à MM. les Docteurs Dautel et Tisné pour la bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignée. Merci aussi à M. le Docteur Potherat, chirurgien des Hôpitaux. Nous devons beaucoup à ce maître qui veut bien nous honorer de son amitié.

Nous n'aurions garde d'oublier M. le Docteur Souligoux qui nous a inspiré le sujet de notre travail, non plus que M. le Professeur Tillaux, à qui nous adressons nos plus sincères remercîements pour le grand honneur qu'il nous fait, en acceptant la présidence de notre Thèse.

Avant-Propos

Pendant notre séjour dans les hôpitaux, nous avons eu bien souvent l'occasion de rencontrer des malades porteurs de fistules à l'anus. Nous avons pu constater combien était pénible cette affection avec son caractère de chronicité indéfinie, combien elle affectait profondément le moral des sujets qui en étaient atteints. Chez certains, c'était une véritable obsession et nous en avons vu venir supplier qu'on les débarrassât par tous les moyens de ces écoulements interminables.

Or, quels sont les traitements mis à notre disposition pour soulager ces malheureux ?

Celui qui nous a semblé donner les meilleurs résultats, consiste dans un procédé d'excision suivie de suture que nous avons vu appliquer par M. Souligoux, dans le service de M. Peyrot, à l'hôpital Lariboisière.

C'est l'étude de ce procédé et de la méthode dont il dérive qui fera l'objet de notre travail.

Après quelques considérations historiques, nous dirons un mot des différentes fistules, nous rappellerons ensuite

en quoi consiste l'excision, la façon dont elle est pratiquée par les différents auteurs, nous insisterons spécialement sur la technique opératoire employée par M. Souligoux. Nous continuerons par l'énumération des avantages de la méthode et les indications qu'elle comporte.

Enfin, nous terminerons par un essai de valeur comparée des différents procédés d'excision et les conclusions à tirer de notre exposé.

Historique

De tout temps, on a traité les fistules à l'anus, et les moyens employés ont été innombrables.

Tour à tour, suivant les idées régnantes, on se servit des topiques de toute sorte, de la cautérisation par le feu ou les caustiques, des injections irritantes poussées dans le trajet fistuleux, de la compression, de la ligature avec un fil de lin ou de métal, de l'incision au syringotome ou au bistouri, et enfin de l'excision que Guy de Chauliac fut le premier à proposer, et qu'il réservait aux fistules s'accompagnant de callosités.

A cette idée de la callosité fut subordonnée pendant longtemps chez les anciens l'indication du traitement ; lorsque la callosité faisait défaut, la fistule était abandonnée à elle-même. Celse pourtant parvint à se débarrasser de ce préjugé et, dans tous les cas il préconisa un traitement, la ligature ou apolinose. Avicenne, se prononça aussi pour la ligature, bien qu'il reconnût qu'elle était douloureuse et qu'elle pouvait amener de « l'incontinence des matières fécales ». Malheuseusement l'obsession de la callosité ne

tarda pas à hanter de nouveau les esprits, et pendant des siècles la fistule à l'anus, dans la plupart des cas, fut considérée comme une affection redoutable, incurable, à laquelle on ne devait pas toucher. Il fallut à Louis XIV sa fistule pour que la thérapeutique chirurgicale reprît ses droits.

Nous ne ferons que rappeler les tentatives de traitement non opératoire reprises il y a quelques années en Amérique, sous le nom de « Itinerant Method » Ces procédés imaginés par les chirurgiens Mathews et Tuttle (1892-1893) reposent dans l'injection de liquides divers, particulièrement d'eau oxygénée, accompagnée ou non de la dilatation et de la scarification du trajet. Malgré des succès, paraît-il, ce mode opératoire n'est guère employé que par leurs auteurs.

Abandonné aussi l'écraseur linéaire proposé par Chassaignac en 1852.

Abandonnés également les divers entérotômes. Cependant dans certaines fistules étendues de l'espace pelvi-rectal supérieur, quelques chirurgiens font encore usage de l'entérotôme à branches parallèles de Richet

Abandonnée enfin de nos jours l'anse galvano-caustique appliquée par Broca en 1876.

A notre époque, trois grandes méthodes seulement persistent ; nous avons nommé la ligature élastique, l'incision et l'excision.

La ligature élastique préconisée par Grandesso Silvestre de Vienne en 1861, employée en 1870 par Henry Lee, puis en

1873 par Dittel de Vienne, a été surtout mise en faveur par Allingham (1875), qui la répandit en Angleterre. Nous ne nous avancerons pas trop en disant qu'en France elle n'a rallié qu'un nombre très restreint de partisans.

L'incision remonte à une époque qu'il est difficile de préciser. On peut dire qu'elle est aussi vieille que la chirurgie.

Elle inspira au XVII^e^ siècle la fabrication de nombreux « syringtomes » et du « bistouri royal » imaginé pour opérer la fistule de Louis XIV Mais, c'est surtout un mémoire de Manget qui la fit bien connaître. — Depuis lors elle a été utilisée par tous les auteurs.

Quant à l'excision qui constitue pour nous le traitement idéal de la fistule à l anus, son histoire nous attardera un peu plus longtemps.

Comme son nom l'indique, elle consiste dans l'exérèse de tout le trajet fistuleux. Nous avons vu Guy de Chauliac en faire timidement les essais. En réalité, elle ne date que du milieu de XIX^e^ siècle, époque à laquelle on pensa à la faire suivre de l'affrontement des surfaces cruentées. En effet, c'est Chassaignac qui le premier en 1852, dans une opération restée célèbre, fit une tentative de réunion immédiate. Les principes sur lesquels il se basait nous sont révélés dans son « Traité de l'écrasement linéaire » (1856) : « Si, dit-il, à la surface irrégulière et suppurante du foyer « fistuleux, on substituait, par une sorte de « décortication » « de cette surface, une plaie à deux parois susceptibles de « se juxtaposer exactement au moyen de la suture, ne pour-

« rait-on pas obtenir une réunion comme on le ferait après « une plaie simple ? »

Plus tard, dans l'article « Anus » du Dictionnaire encyclopédique, Chassaignac étudie de nouveau son opération qu'il décrit sous le nom de « Décortication du trajet fistuleux, suivie de la réunion immédiate par la suture ». — Mais, il ne nous dit pas ce qu'il advint de son malade ; sans doute son espoir de succès fut déçu, et il n'y a rien là de surprenant, si l'on songe que l'on était à une époque où le moindre traumatisme opératoire pouvait être suivi des plus terribles complications.

Avec l'avènement de l'ère antiseptique, il était logique de penser que la méthode de Chassaignac reviendrait en honneur. C'est ce qui arriva.

La gloire de cette renaissance est certainement dûe à un chirurgien des hôpitaux de New-York, le professeur Sephen Smith, qui attira de nouveau l'attention sur la question, dans un article intitulé : « The immédiat closure and rapid cure of fistula in ano ». Le travail fut publié le 12 Juin 1886 dans le « Médical Record ».

Quelques semaines après, paraissait à Rome, sous la signature de M. Vencenzo Morini, une étude intitulée : « Sull tratamento delle fistule anali per prima intenzione. — (sperimentale Fienze) ». De même en Russie Ryndouski écrivait : « Suture (étagère) in opération for fistula in ano (médicisnœ Obozrenie. Mosk. 1886) ».

En France, c'est M. Quénu qui se fit le promoteur de la méthode. Le 5 Octobre 1887, il communiqua à la Société

de Chirurgie une série de 7 observations de fistules traitées par la réunion immédiate. Voici quelles furent ses conclusions : « Dans la plupart des cas, dit-il, on risque peu à tenter la réunion par première intention, car si elle échoue, on en est quitte pour enlever les fils ; mais, a-t-on affaire à des tuberculeux très avancés, ayant un abcès plutôt qu'un trajet organisé, ou à des trajets multiples s'ouvrant par plusieurs orifices au pourtour de l'anus, je suis d'avis qu'on doit rejeter la suture et secourir au thermocautère ». Au cours de la discussion, M. Pozzi fit connaître qu'il avait fait en 1880 à l'Hôtel Dieu une opération analogue. M. Berger révéla que sur 3 cas traités de la sorte en 1884, il avait eu 2 succès. M. Terrillon en 1885 avait également obtenu un succès. M. Segond, dans une tentative faite en 1886 avait échoué, par suite d'une débâcle de matières liquides survenue quelque temps après l'opération.

A partir de ce moment, une quantité d'ouvrages furent écrits sur la question. Elle fut développée dans la thèse de Longo (octobre 1887), traitée l'année suivante dans la « Revue gén. de Clin. et de Thér. » par M. Schwartz, dans la « France médicale » par M. Verchère, à la « Société médicale de Rouen » par M. Cauchois. Les premières opérations furent faites par MM. Terrier, Brun, Bazy, Nélaton et Tuffier. Tous ces chirurgiens se montrèrent très réservés, et s'en tinrent aux conclusions formulées à la Société de Chirurgie, à savoir qu'il ne fallait faire usage de la réunion

immédiate que dans des cas simples, lorsqu'il s'agit de fistule à trajet court et unique.

Pendant ce temps, en Amérique les partisans de la méthode se faisaient de plus en plus nombreux. Autour du professeur Smith, s'étaient rangés Emmet, Weir, Chamberlain, Jenk, etc. Mathews invoquait même les procès-verbaux de la « New-Yorck surgical Society, » pour réclamer la priorité en faveur de Lange (Fr.) qui pratiqua la suture en 1885. Si l'on s'en rapporte à Allen (cité par M. Quénu) ce procédé à cette époque y aurait été presque journellement employé. C'est également ce qu'affirme le Dr Mittchell dans un article intitulé : « In ano by Suturing », paru dans le « Médical Record », le 6 Mars 1889.

Au nombre des propagateurs du traitement, il nous faut citer encore Cates de Philadelphie, Tisdale de San-Francisco, Wilcox et Astrom de New-York.

A signaler enfin les travaux de Sendle (P.) (Deutsch med, Woch Leipsig 1890), les thèses de Paris, de Surel (nov. 1890), de Legras (déc. 1892), un mémoire de Llobet (de Buenos-Ayres) paru en 1892 dans le Revue de Chirurgie.

Plus près de nous, les auteurs qui ont traité la question, ne sont pas moins nombreux, citons simplement : Thévenard (Archives gén. de méd. 1893), Potherat (traité de chirurgie, 1e Ed. Tome VII), Quénu et Hartmann (Chirurgie du Rectum 1895), Polis A. (Scapel Liège 1897), Faure (J.L.) et Rieffel (H.), Traité de chirurgie tome VI, deuxième édit.

1898). P. Delbet (Traité de Chirurgie clinique et opératoire de Le Dentu et Delbet), Roux (thèse de Paris 1899). Dans cette thèse sont relatés les cas de cinq malades porteurs de fistules intra-sphinctériennes et opérées d'après les principes de la méthode. Toutes les opérations furent suivies de guérison radicale.

Un succès presque égal avait déjà été enregistré en 1892 par Pierre Delbet. Sur 9 fistules intra-sphinctériennes à trajet simple et compliqué, il n'avait eu qu'un échec.

Il y a quelques mois à peine, Thédenat (E.) essayait encore de faire ressortir les avantages de la méthode, dans une leçon de Clinique chirurgicale faite à l'hôpital de Montpellier.

Enfin, au mois d'août dernier, dans une conférence clinique M. Pierre Delbet, un des partisans les plus convaincus de l'Excision, faisait connaître la statistique des cas opérés par lui et les merveilleux succès qu'il avait enregistrés.

Définition. — Anatomie pathologique et division des fistules de l'anus

Nous définirons la fistule anale : tout trajet fistuleux développé dans la région ano-rectale, communiquant ou non avec l'intestin, et indépendant d'une lésion des os ou de l'appareil génito-urinaire.

Nous laisserons donc de côté les fistules *ostéopathiques*, ainsi que les fistules *recto-génitales* et *recto-urinaires*.

Les fistules anales envisagées dans leur forme, leur étendue et leurs rapports, présentent de grandes variétés. Cependant, il est facile de concevoir quelques types simples, auxquels on pourra ramener tous les cas particuliers. Or, le point important dans l'étude d'une fistule, la question qui domine tout, c'est la situation de cette fistule par rapport au sphincter anal.

La plus simple et la meilleure classification sera donc celle qui sera basée sur les rapports anatomiques du trajet. Cette division comprendra ainsi trois grands groupes :

Les fistules situées en dedans du sphincter
— — dehors —
— qui traversent le sphincter.

Dans le 1er groupe rentrent les fistules *sous tégumentaires* ou (*sous-cutanéo muqueuses*. Ce sont les plus communes. Leur trajet est situé au dessous des sphincter , ou passe tout entier en dedans de ces muscles (fistule intra-sphinctérienne proprement dite) tout en remontant plus ou moins haut sous la muqueuse, comme l'a fait voir M. Reclus.

Les fistules situées en dehors du sphincter, ou « extra-sphincteriennes » comprennent les fistules qui s'enfoncent dans l'espace ischio-rectal. Leur orifice cutané est en général sur le côté, et à une plus grande distance de l'anus. Elles s'arrêtent au dessous du « Releveur. » Si elles traversent ce muscle, on a une autre variété de fistules extra-sphinctériennes, dont on a voulu faire, surtout depuis les travaux de Richet et la thèse de S. Pozzi (1873), une classe à part sous le nom de fistules « Pelvi-Rectales supérieures. »

Les fistules qui traversent les fibres des sphincters, ou passent entre le sphincter interne et le sphincter externe, peuvent être appelées « trans-sphinctériennes ou per-sphinctériennes. » Elles sont très rares.

D'après une autre division basée simplement sur la disposition de leurs orifices, on compte trois variétés de fistules : la fistule complète ou fistule type, quand elle présente à la fois un orifice cutané et un orifice interne ; la fistule « borgne interne », dans laquelle il n'y a qu'un orifice, l'orifice interne : la fistule borgne externe, qui est réduite à un orifice cutané.

On a, de même, des fistules simples, à trajet unique, et

des fistules complètes, rameuses. On a affaire à une fistule complète toutes les fois qu'on se trouve en présence d'orifices multiples, de trajets accessoires ou d'un trajet unique entourant l'intestin de telle sorte que ses deux extrémités soient d'un côté opposé de l'anus (fistules en fer à cheval).

Avec M. Tillaux, on peut aussi diviser les fistules en fistules *idiopathiques* et en fistules *symptomatiques*. Les premières comportent l'intégrité du rectum, la lésion principale est constituée par la fistule ; les seconde dépendent soit d'un cancer du rectum, soit d'un rétrécissement simple ou néoplasique de cet organe. — Parmi celles-ci existe une variété supplémentaire, intéressante au point de vue du traitement qui lui convient, elle comprend les fistules qui sont consécutives à un rétrécissement partiel du rectum. Ce rétrécissement bien décrit par M. Tillaux, consiste en une bride dure, saillante, en une sorte de repli falciforme qui occupe principalement la demi-circonférence postérieure de l'organe.

Enfin, au point de vue histologique, nous trouvons des fistules non tuberculeuses et des fistules tuberculeuses. Ces dernières se présentent avec une très grande fréquence puisque au dire de Hartmann, elles atteindraient la proportion formidable de 50 pour 100.

L'excision. — Différents procédés : procédé employé par M. Souligoux.

Nous avons déclaré que l'excision suivie de suture, constituait pour nous le meilleur traitement de la fistule à l'anus. Avant d'apporter les raisons de cette supériorité, nous allons rappeler succinctement les différentes façons de procéder, usitées jusqu'à ce jour par les chirurgiens qui ont adopté cette méthode. Parmi ces procédés, nous décrirons avec tous les détails qu'il comporte, celui qui nous semble donner les plus beaux résultats, celui qu'a adopté M. Souligoux.

Et d'abord, quelle était la pratique de ceux qui dans la première moitié du siècle tentèrent de suivre l'exemple de Guy de Chauliac ? La voici, relatée par Duplay : « Une sonde flexible ayant été introduite par l'orifice externe jusque dans le rectum, on rapproche les deux extrémités de cette sonde ; soulevant ainsi la fistule, on excise toute la partie située en arrière. »

Nous avons vu que Chassaignac décortiquait la surface granuleuse qu'il « pelait » suivant son expression.

Dans la thèse de Francon parue à Lyon en 1884, se trouve exposé le procédé du professeur Tripier : les tissus malades dit l'auteur, sont « enlevés » au bistouri ou à la curette, et l'hémostase est faite au thermo-cautère ou au moyen de ligatures.

L'opération de Smith comprend deux temps ; l'avivement et la suture. L'avivement consiste dans l'incision de tous les trajets et décollements, et la dissection ou curettage de parties malades. La suture ne comprend que les deux extrémités du trajet. Il reste au dessous de la muqueuse un espace mort où l'on dépose un drain. En somme, comme le dit Pierre Delbet, on se contente de remplacer la fistule ancienne par une fistule plus propre qui devra se refermer d'elle-même.

Avec Quénu, qui emploie des sutures profondes, analogues à celles de la « colpopérinéorrhaphie », l'endossement exact des surfaces avivés est obtenu, et l'espace mort sous-muqueux supprimé. Voici en quelques mots sa manière de faire : une sonde cannelée introduite dans l'orifice cutané parcourt toute la longueur du trajet et ressort par l'orifice muqueux. Si cette fistule est incomplète, par exemple, borgne externe, on la complète en perforant la paroi rectale avec le bec de la sonde. Les décollements sous-muqueux qui peuvent siéger à la partie supérieure du trajet doivent être aussi explorés, et la muqueuse ouverte au point le plus élevé. Le bec de la sonde étant ramené à l'extérieur par l'orifice anal, on incise alors les tissus chargés sur l'instrument. Chacune des lèvres de la plaie est maintenue par

une pince à griffe et le trajet disséqué. Lorsqu'il existe plusieurs trajets, on doit leur faire subir la même dissection, en commençant par celui qui paraît le plus élevé. Le genre de sutures adopté étant celui de la « périnéorrhaphie, » celles-ci sont faites suivant deux plans, l'un muqueux ou rectal, l'autre cutané. Les surfaces cruentées sont sur toute leur étendue, mises parfaitement en contact.

Roux et Richet, quand il s'agit d'une fistule simple, peu profonde, emploient un procédé plus expéditif et aussi plus élégant. Ils réunissent les deux manœuvres précédentes en une seule, autrement dit, la sonde cannelée passée dans le trajet, ils la saisissent à travers les téguments avec une pince de Museux, et ils emportent le trajet tout entier embroché en quelque sorte, par quelques coups de bistouri.

Suivant Bazy quand le trajet est quelque peu distant de l'anus, on fait d'abord une incision le long de la sonde cannelée comprenant la muqueuse et la peau ; on s'arrête sur les tissus indurés qui constituent le trajet ; à l'aide d'une forte pince, on les fixe sur la sonde, puis on dissèque de haut en bas tout autour de celle-ci. La coupe de l'incision représente à peu près la forme d'un trou de serrure.

La technique de Pierre Delbet ne diffère de celle de Quénu que par un surcroît de soins apportés à la préparation du malade et par quelques points de détail concernant la suture.

Celle de Llobet et de tous les chirurgiens qui emploient de nos jours la méthode est soumise aux mêmes règles.

Comment se comporte-t-on à l'égard du sphincter dans

ces différents procédés ? D'une façon bien simple. Si on se trouve dans l'obligation de le sectionner, par exemple, si l'on à affaire à un trajet haut situé, il est recommandé de ne pas hésiter, et il est dit par tous, que cette section est loin de constituer une complication, puisqu'on reconstitue sur le champ le sphincter par la suture. Un plan de points profonds rapproche les fibres du muscle et assure ainsi, nous déclare-t-on son intégrité fonctionnelle. — Qu'on nous permette ici de présenter une objection. Il est vrai, et c'est là un des principaux avantages de la suture sur l'incision, que la réfection du sphincter est immédiate, et l'on aurait à ce point de vue réalisé l'idéal, si les suites opératoires étaient toujours exemptes de complications. Malheureusement, il arrive quelquefois, quelles que soient les précautions antiseptiques prises, que le trajet s'infecte, que des fils suppurent ; la suture alors se désunit et les deux portions du sphincter sont séparées l'une de l'autre. Nous savons bien que, même dans ces cas, la réparation peut se faire, et généralement même elle se fait assez bien pour qu'il n'y ait aucune incontinence des matières et des gaz, ou tout au moins pour que cette incontinence ne soit que passagère. Mais, il est hors de doute que dans certaines circonstances exceptionnelles, elle se fait mal, témoin le cas relaté dans l'observation ci-dessous (1), et alors les

(1) Observation. — R... Arthémise, 50 ans, salle Denonvilliers, hôpital Lariboisière, lit n° 4.

Cette femme avait une incontinence complète des matières fécales depuis un an. Cette incontinence était devenue pour elle un véritable

conditions deviennent si mauvaises que le professeur Tillaux (1) a pu écrire qu'il vaut mieux conserver une suppuration permanente qu'avoir une incontinence rectale.

Frappé de ces éventualités, M. Souligoux a voulu éviter à tout prix la section du sphincter, et dans le procédé que nous lui avons vu employer, ce muscle en effet est toujours respecté. Ce procédé le voici :

Il consiste dans l'ablation du trajet fistuleux et des tissus indurés environnants qu'**on extirpe comme une tumeur**, en se servant comme guide d'une sonde cannelée. On se dispense d'inciser le sphincter en excisant simplement le pourtour du trajet au niveau de la muqueuse rectale. L'orifice interne est fermé par des points au catgut, puis un plan de suture profond accole les parois du rectum avec la face externe de la fosse ischio-rectale et rapproche ainsi les bords de la plaie. Ces points profonds doivent être très

supplice. Elle se présenta dans le service de M. Peyrot, maudissant le chirurgien qui l'avait opérée d'une fistule anale. Dans cette opération qui datait de un an, le sphincter avait été largement sectionné. Une première tentative de reconstitution avait été faite sans résultat en dehors du service. Les plis radiés de l'anus n'existaient que du côté ganche, il y avait donc une séparation considérable entre les deux bouts du sphincter.

Opération : avril 1900 sous chloroforme par M. Souligoux. Incision de la peau allant d'un pli radié à l'autre, recherche du sphincter, suture des deux bouts avec un fil de soie.

Deux grands crins de Florence superficiels sont mis à la façon d'Emmet, consolidant les fils de soie. La peau et la muqueuse rectales avaient été auparavant réunies.

Réunion par première intention, et suppression de l'incontinence.

(1) Traité de Chirurgie Clinique, 1889, T. II, p. 601.

soignés, il ne doit persister aucun espace vide où pourrait s'accumuler, et plus tard s'infecter, une quantité plus ou moins grande de sang.

L'idée de l'extirpation des fistules sans section du sphincter, se retrouve dans la littérature médicale.

Il y a plus de dix ans ce procédé avait été préconisé par Stephen Smith et Lange (de New-York). Ce dernier dit expressément (*16e Congrès de la Société Allemande de Chirurgie*) : « Dans le cas de fistule anale, je pratique et recommande l'excision complète du canal fistuleux après l'introduction d'une sonde pour servir de guide. En opérant de la sorte, on évite la section du sphincter, et partant, tout danger d'incontinence ». Mais Lange ne faisait pas de suture, ne pratiquait pas de réunion, la plaie était toujours laissée ouverte et devait se refermer par seconde intention.

Voici les points de détails, les divers temps de l'opération telle que nous l'avons vu employer par M. Souligoux.

Et d'abord, nous admettons volontiers avec M. Delbet qu'on essaie par un traitement préparatoire approprié de diminuer la septicité du tube intestinal et de son contenu. M. Delbet, pendant les cinq ou six jours qui précèdent l'opération soumet ses malades à des purgatifs salins, à des lavements d'eau boriquée, au régime lacté exclusif ou mitigé de bouillon et d'œufs, à l'usage des antiseptiques intestinaux (le benzo-naphtol uni au salicylate de bismuth). Ce traitement préliminaire a pour but de restreindre, autant que possible pour la suite les chances d'infection. En effet,

par le régime spécial du lait, par les purgatifs et les lavements, on diminue progressivement la quantité de matières fécales. Par l'administration de poudres désinfectantes on s'efforce d'aseptiser ou plutôt de rendre moins septiques les produits de la digestion. Mais pour nous, le point important, celui sur lequel insiste également beaucoup M. Pierre Delbet, c'est de faire trêve à l'habitude fâcheuse qu'on a dans un grand nombre de services, de purger ces malades la veille ou même le jour de l'opération. En ce faisant, on est à peu près sûr d'assister au moment de l'opération à une débâcle de matières liquides qui souilleront le champ opératoire et pourront rejaillir sur le chirurgien. — La veille de l'opération tout purgatif sera donc supprimé et remplacé par 5 ou 6 pilules d'extrait d'opium dosées à un centigramme. Il sera bon également de donner ce jour-là deux lavements, un le matin, l'autre le soir, il faudra se garder d'en administrer le matin même de l'opération.

Le moment de celle-ci est arrivé, on pratique l'anesthésie chloroformique qu'on pousse à fond. La position adoptée est celle de la taille, le sujet est placé dans le décubitus dorsal, la région sacrée reposant sur le bord de la table d'opération, et le dépassant légèrement : les jambes fléchies sur les cuisses, lesquelles sont elles-mêmes fléchies sur le bassin, sont maintenues écartées par deux aides.

La région est alors rasée, savonnée vigoureusement et lavée à plusieurs reprises à l'alcool et au sublimé à 1 p. 1000. Un seul aide est nécessaire, il se tiendra à la droite du

chirurgien qui se placera entre les jambes du malade. Les mains de cet aide et de l'opérateur, les objets nécessaires, les pièces de pansement, les instruments seront désinfectés comme pour toute intervention.

Les instruments qu'il faut avoir à sa disposition sont : un speculum vaste de Trélat, une valve de Sims, une curette de Wolkmann, un écarteur à griffes du même auteur, des bistouris, de forts ciseaux, une sonde cannelée résistante, des pinces à forcipressure, des pinces de Kocher, des aiguilles courbes montées sur leur porte-aiguilles (celles de Hagedorn par exemple), du catgut n° 2 pour les sutures muqueuses, des crins de Florence et une aiguille de Reverdin pour les téguments.

L'ampoule rectale, mise en communication avec l'extérieur au moyen du speculum de Trélat, reçoit un courant d'eau bouillie, destiné à entraîner les débris de matières ou les mucosités qui auraient pu rester adhérentes à la paroi de l'intestin. A ce moment, on conseille (M. Quénu, M. Verchère) d'introduire dans le conduit ano-rectal, un tampon de gaze iodoformée pour empêcher une irruption intempestive des matières et s'opposer à la procidence de la muqueuse, ce qui, dit on, gênerait plus tard le passage des fils de suture. Avec M. Delbet, nous n'accepterons pas cette façon de faire, d'abord, parce que si le malade a été constipé la veille de l'opération, on n'aura pas à craindre d'être inondé par des matières stercorales, et en second lieu, parce que nous pensons que le tampon serait susceptible de souiller les sutures au moment où on le retirerait.

Enfin, par des compresses ou des linges aseptiques, on délimite et protège le champ opératoire, et l'on procède à l'intervention.

Dans les fistules superficielles, dans les fistules *sous-cutanées* ou *sous-muqueuses*, en un mot, dans tout l'important groupe de fistules situées en dedans du sphincter, l'opération ne diffère pas de celle qu'emploient la plupart des chirurgiens partisans de l'excision. Pour les fistules sous-cutanées, par exemple, on conduit la sonde cannelée dans l'intérieur du trajet fistuleux, de telle sorte que celui-ci forme une gaine à celle-là, puis on fait une incision partant de l'extrémité voisine de la muqueuse, on s'arrête sur les tissus indurés qui constituent les parois de la fistule, on les fixe, par une pince, sur la sonde, puis de haut en bas on dissèque, tout autour de celle-ci, et l'on enlève le trajet dans son entier. La réunion est faite au crin de Florence. Pour les fistules sous-muqueuses, *bi-muqueuses* de Quénu et Hartmann, la ligne de conduite est exactement la même. On suture au catgut.

Dans les deux autres grandes catégories de fistules, dans les fistules profondes de Delbet, dans celles que nous avons appelées *extra-sphinctériennes* et *trans-sphinctériennes*, toute l'opération repose sur ce principe qu'il faut toujours de parti-pris épargner le sphincter externe.

Pour les fistules *trans-sphinctériennes*, la chose ne comporte pas de difficultés. La sonde étant introduite par l'orifice cutané, et ressortant par l'orifice interne, on dissèque le canal fistulaire autour d'elle, en allant des plans superfi

ciels aux plans profonds. Arrivé sur le sphincter, on sectionne forcément dans ce travail de dissection quelques fibres musculaires, mais le plus grand nombre est respecté. On termine sur la muqueuse par l'excision des tissus scléreux bordant la perforation rectale. On se trouve alors en présence d'une large plaie au fond de laquelle se montre une ouverture conduisant dans le rectum. Celle-ci est fermée *comme une plaie quelconque de l'intestin.* Un premier plan au catgut comprend la muqueuse ; un deuxième à la soie ou au catgut réunit les parties du sphincter qui ont été divisées. enfin, les bords cutanés sont rapprochés et coaptés le plus exactement possible par des points au crin de Florence.

Dans les fistules extra-sphinctériennes qui s'enfoncent dans la fosse ischio-rectale à une hauteur de moins de 3 ou 4 centimètres, on évite, à l'encontre de ce qu'on fait généralement, de compléter la fistule en perforant la muqueuse. On glisse simplement la sonde cannelée le long du trajet, on se dispense de fendre préalablement ce dernier et on l'enlève tout d'une pièce autour de l'instrument. C'est là une manœuvre facile, si on prend soin d'enserrer le trajet en avant et en arrière par des incisions suffisamment longues, et dessinant une légère courbure à concavité interne.

La création d'une fistule complète est indiquée dans les fistules borgnes internes. Celles ci, par leur orifice reçoivent un stylet qui vient ressortir à travers la peau en un point situé sur la ligne de prolongement du trajet. Leur

extirpation se fait alors comme il a été indiqué précédemment : l'ouverture rectale est comblée par des points de suture, après quoi, un plan de catgut immédiatement sous-jacent, tasse les tissus profonds, supprime les espaces morts et fait l'hémostase On s'efforce d'avoir une coaptaparfaite jusque dans les coins les plus reculés. Puis les lèvres de la plaie cutanée sont suturées au crin de Florence.

Dans les fistules haut situées, siégeant au-dessus du Releveur de l anus, dans les fistules occupant l'espace Pelvirectal supérieur de Richet, on peut le plus souvent avoir recours au procédé, et ainsi éviter, contrairement à ce que conseillent les auteurs, de sectionner le Rectum dans toute l'étendue de la fistule. Etant donnée une fistule de ce genre, borgne externe ou complète, l'opération est simple, il suffit de se donner du jour. Une large incision ovale cerne le ou les orifices externes, la fistule est disséquée à coups de ciseaux, sculptée en quelque sorte à travers les tissus au milieu desquels elle chemine. On coupe toujours ainsi en tissu sain. Comme on laisse autour du trajet une assez grande quantité de tissu formé en grande partie d'éléments scléreux, on s'en sert comme point d'appui : deux ou trois pinces de Kocher y sont appliquées, la masse à enlever est ainsi solidement fixée, ce qui permet d'attirer peu à peu tout le conduit fistuleux et d'atteindre des hauteurs d'au moins 8 à 10 centimètres. Dans l'épaisseur des tissus extirpés se trouvent la fistule et ses diverticulums. En un mot, **on a enlevé tout le trajet comme une tumeur**. Cette ablation terminée,

il reste alors une cavité limitée en dehors par la face externe de la fosse ischio-rectale, et en dedans par la paroi intestinale. Cette paroi est soigneusement explorée, le ou les orifices de communication anormale qu'elle peut présenter sont minutieusement recherchés. Les perforations une fois découvertes, leurs bords sont avivés avec précaution et maintenus en contact par deux plans de suture, l'un muco-musculaire au catgut, l'autre ne comprenant que la musculeuse et la celluleuse à la soie ou au catgut. C'est ce que nous avons vu faire pour les malades qui sont l'objet des observations XII, XIV, XVIII et XIX. Dans l'observation XVIII et XIX, la perforation intestinale siégeait à 8 centimètres de l'anus.

Cette suture des orifices rectaux est moins difficile qu'elle semble au premier abord, si l'on songe à l'étendue de l'incision que l'on a pratiquée (8 centimètres dans un cas, observation XIX), et à ce fait que l'on peut assez facilement abaisser le Rectum par des pinces situées au-dessus et au-dessous de l'ouverture.

La large brèche qui résulte de l'ablation est comblée par un surjet au catgut qui tasse tous les tissus. Comme toujours, la solution de continuité de la peau est réunie par des crins de Florence.

L'opération ainsi pratiquée permet d'obtenir assez souvent en quelques jours la guérison de fistules *très étendues*. Si au contraire il survient des incidents, s'il se fait là un peu d'infection, si la plaie se désunit, on se trouve alors dans les conditions résultant de l'incision d'un phleg-

mon de la fosse ischio-rectale, qui on le sait, guérit d'autant plus rapidement que la région a été plus largement ouverte. Les malades ainsi opérés se trouveront même dans une bien meilleure situation que ceux qui auront été traités simplement par l'incision et le grattage : en effet, les premiers auront été débarrasés de tous les tissus fibreux qui constituaient la paroi de leur fistule ; par conséquent, tout ce qui était infecté et tout ce qui gênait la cicatrisation aura été enlevé.

Cependant, si la fistule s'étendait trop haut, s'il était absolument impossible après ablation complète du trajet, de fermer l'orifice intestinal, il ne faudrait pas encore ouvrir le Rectum et sectionner le sphincter. Dans ces cas tout à fait spéciaux et très rares, on diminue l'étendue de l'excavation qu'on a dû creuser pour arriver à extirper la fistule, et dans cette plaie ainsi réduite, mais laissée ouverte on introduit un gros drain. La réunion est obtenue par seconde intention.

Par cette façon de faire, tous les malades traités depuis plus d'un an dans le service de M. Peyrot, par M. Souligoux, ont guéri très vite. Les 3 derniers opérés (Observ. XVIII, XIX et XX) qui présentaient des fistules très longues sont en pleine voie de guérison.

L'opération terminée, on fait arriver une dernière fois sur la région un courant d'un liquide antiseptique, puis on procède au pansement. Celui-ci consistera dans l'application de quelques carrés de gaze stérilisée ou iodoformée, recouverts d'une couche de coton hydrophile Le tout sera

maintenu par un bandage en T ou mieux par quelques tours d'une bande de tarlatane. Par ce dernier moyen l'occlusion de la plaie sera mieux assurée, on empêchera le baillement du pansement et l'infection qui se produit quelquefois par la partie périnéale.

Il ne sera introduit dans l'anus ni tampon, ni mèche, ni drain : ils pourraient provoquer des épreintes, de violentes contractions du sphincter, conditions éminemment défavorables à la réunion.

Les jambes, comme le veut Smith, pourront être rapprochées l'une de l'autre par une serviette ou un bandage quelconque.

On prescrira au malade d'éviter, autant que possible, les mouvements et les efforts.

Le pansement est généralement laissé appliqué sept ou huit jours. Cependant, il serait peut être préférable de le renouveler, ce qui permettrait de visiter la plaie et de s'opposer à toute menace de souillure par des mucosités ou des débris de matières fécales.

Le point important dans les soins consécutifs consiste à maintenir la sécheresse du rectum. Pour cela pendant une semaine, on nourrira l'opéré avec du lait, du bouillon ; dans les derniers jours on pourra ajouter des œufs ou de la viande crue. Chaque jour il prendra cinq à dix centigrammes d'opium.

Du septième au onzième jour, alors que l'union des tissus est jugée suffisante, on enlève les fils de la suture cutanée. A partir de ce moment, on provoque la première

selle au moyen de purgatifs légers ou de lavements. L'eau de ceux-ci sera additionnée d'huile d'olive ou de glycérine de façon à délayer les matières et éviter ainsi toute poussée d'infection sur la ligne de réunion. La diète lactée et le traitement opiacé seront dès lors supprimés.

Si pour une raison quelconque, il survenait des selles précoces, il faudrait désinfecter soigneusement la région avec des liquides antiseptiques. Dans ce cas, l'infection et la désunion ne sont pas fatales, comme en font foi des observations de Quénu, Verchère, Schwartz, Bazy, etc., et les nôtres (Obs. I (désunion seulement partielle), VI et XXI). Mais si la plaie s'infectait, il ne faudrait pas hésiter à faire sauter les fils ; la solution de continuité serait traitée comme toute plaie qui suppure, c'est-à-dire qu'on panserait à plat avec une rigoureuse antisepsie.

A l'appui de nos affirmations, nous rapportons dans les lignes suivantes une série de vingt-et-une observations inédites de fistules traitées par l'excision avec suture. Nous les devons en grande partie à l'obligeance de M. Souligoux. Sur ces 21 cas, la désunion partielle s'est produite 2 fois (Observ. I et V). Trois fois (Observ. IV, XVIII et XIX) on a été dans l'obligation d'enlever prématurément (3e jour) tous les fils superficiels ; dans ces conditions la guérison complète a été néanmoins obtenue et en un temps qui n'a pas excédé, dans le cas le plus long, trente-cinq jours. Chez tous les autres malades, la réunion s'est faite par première intention.

Observations

OBSERVATION I

G... Lucien, 35 ans, dessinateur, salle Nélaton, n° 35, hôpital Lariboisière.

Entrée le 15 avril 1899.

Opération le 17 avril. Excision. Fistule se dirigeant en arrière sur une longueur de 6 à 7 centimètres avec deux diverticules latéraux. Dissection complète. Suture profonde à la soie, suture superficielle au crin de Florence. Pas de drain. Le sphincter anal n'a pas été incisé.

Après l'opération le malade inonde de matières fécales le champ opératoire.

Le 5e jour, quelques fils suppurant, on dut les enlever, mais la désunion ne fut que partielle et superficielle. Quand le malade sortit le 3 mai, il ne restait qu'une petite plaie presque de niveau, ayant un excellent aspect.

OBSERVATION II

M... Pierre, 32 ans, employé à la gare de l'Est, salle Nélaton, n° 30.

Le malade a remarqué au niveau de l'anus une tuméfaction depuis 3 semaines. Elle s'ouvre spontanément le 1er mai.

Le 3 mai, intervention. *Excision*. La fistule est en fer à cheval, en avant de l'anus et très profonde. Elle a une longueur de 12 à 15 centimètres. On l'incise au bistouri sur la sonde cannelée, on excise tous les tissus fongueux jusqu'en tissu sain. Suture profonde unissant les muscles et la graisse, à l'aide de sept à huit catguts. Suture superficielle au crin de Florence. Pansement iodoformé. Pas de drain. Sphincter respecté.

Le malade sort le 14 mai complètement guéri. Réunion par première intention.

OBSERVATION III

Q... Albert, 36 ans, jardinier, salle Nélaton, n° 9.

Malade opéré antérieurement par l'incision simple à la Charité

Fistule juxta-anale, borgne externe s'ouvrant à l'extérieur par deux orifices siégeant à droite à 3 centimètres environ en arrière de l'anus.

Ces deux orifices sont réunis par un trajet qui remonte ensuite vers le rectum près duquel il se termine à 3 ou 4 cent. de l'anus.

Opération le 1er juin. — On excise complètement le trajet fistuleux à l'aide du bistouri et des ciseaux. Puis on réunit au catgut les tissus profonds et enfin on suture la peau au crin de Florence. Pas de drain. Pansement sec. Sphincter intact.

Sortie le 12 juin. Réunion par première intention.

OBSERVATION IV

B... Claude, 42 ans, facteur des postes, salle Nélaton, n° 41.

Le malade présente deux trajets fistuleux, l'un borgne interne partant de l'anus à l'union de la muqueuse et de la peau, se dirigeant en avant et à gauche, long de 5 cent. environ ; l'autre borgne externe partant de gauche en arrière de l'anus, remontant le long du Rectum à 5 ou 6 cent. et se rapprochant du premier par son extrémité fermée.

Opération le 8 juin. — On excise ces deux trajets en coupant en tissu sain. On constate alors que tout le tissu fongueux a disparu. Sutures profondes au catgut. Sutures superficielles au crin de Florence, sans drainage. Deux crins unissent la muqueuse anale décollée à la peau. Etant donné le siège de l'orifice du premier trajet, on avait dû pour le voir et y introduire la sonde, dilater préalablement l'anus à l'aide du spéculum de Trélat.

On est obligé d'enlever les crins au 3e jour. Le malade sort néanmoins le 2 juillet en pleine voie de guérison.

OBSERVATION V

G... Charles, 24 ans, garçon de salle.

Fistule borgne externe longue de 5 à 6 centim. se dirigeant en arrière et à gauche. L'orifice siège sur une ligne transversale passant par l'anus à gauche.

Opération le 26 juin. — Excision complète, suture profonde au catgut et suture superficielle au crin de Florence. L'incision nécessaire pour l'ablation totale de la fistule mesure environ 10 centimètres.

On est obligé les jours suivants (troisième jour) de faire sauter trois crins. Le reste du trajet, soit 7 centim., se réunit par première intention.

OBSERVATION VI

B... Michel, 55 ans, cantonnier, salle Nélaton, n° 35.

Petite fistule partant de l'anus et se dirigeant en arrière à 4 cent. vers le coccyx.

Opération le 30 juin 1899. — Excision, suture.

Bien que le malade ait évacué des matières fécales au moment de l'opération et ait souillé sa plaie, celle-ci se réunit par première intention.

Sortie le 6 juillet.

OBSERVATION VII

C... Henri, 26 ans, cantonnier, salle Nélaton, n° 35.

Ce malade avait une fistule complète d'une hauteur de 3 cent. environ.

Opération le 17 septembre 1899. — Ablation. Un stylet introduit dans la fistule ressort dans le canal rectal. La fis-

tule est enlevée dans son ensemble autour du stylet, puis le tout est réuni par une série de points aux crins de Florence. Plusieurs de ces points cheminent à travers la paroi exactement comme dans l'opération de Emmet.

Sortie le 27 septembre. Réunion par première intention.

OBSERVATION VIII

B... Adrien, 30 ans, argenteur, salle Nélaton, n° 34.

Opération le 17 septembre 1899. — Ablation. Il s'agissait d'une fistule sous-cutanéo-muqueuse. Un stylet fut introduit dans la fistule, laquelle fut extirpée. Suture.

Sortie le 27 septembre. Réunion par première intention.

OBSERVATION IX

L... Victor, 29 ans, courtier. Entré le 23 novembre 1899, salle Nélaton, n° 41.

Le malade était porteur d'une fistule siégeant sur la partie latérale gauche à 3 cent. de l'anus. Il avait déjà été opéré quatre fois. Le trajet s'inclinait d'abord vers la ligne médiane pour remonter sur la face antérieure du Rectum jusqu'à 10 centim. environ.

Opération le 27 novembre — Extirpation. Malgré une recherche attentive, on ne peut pas trouver d'orifice interne. La fistule est disséquée dans toute son étendue sur la sonde cannelée et enlevée.

Sortie le 7 décembre. Réunion par première intention.

OBSERVATION X

V... Auguste, 31 ans, placier. Entré le 4 décembre 1899, salle Nélaton, n° 3.

On a affaire à une fistule de date récente située tout à fait à la partie postérieure Son trajet de 5 cent. environ vient s'ouvrir dans l'anus à 1 cent. au-dessus de la marge.

Opération le 6 décembre. — Extirpation. On incise le trajet au bistouri, on dissèque la paroi et on suture avec 4 crins de Florence.

Sortie le 16 décembre. Guérison complète par première intention.

OBSERVATION XI

Sp... Raphaël, 24 ans, tapissier. Entré le 23 janvier 1900, salle Nélaton, n° 35.

Fistule s'ouvrant sur la fesse droite par un orifice situé à 3 cent. de la marge de l'anus. Un prolongement de 6 cent. de long descend verticalement parallèlement au sillon inter-fessier. Un autre trajet vient s'ouvrir au niveau de la marge de l'anus.

Opération le 29 janvier. — Dissection et extirpation des deux trajets. Suture aux crins de Florence.

Sortie le 7 février. Réunion par première intention.

OBSERVATION XII

L... Etienne, cocher, 34 ans. Entré le 23 avril 1900, salle Nélaton, n° 40.

Opération le 7 mai 1900. — Incision, puis dissection du trajet qui remonte assez haut (6 à 7 cent. environ). *Communication avec le Rectum*. Fermeture de cet orifice intestinal après avivement. Sutures profondes au catgut. Sutures superficielles aux crins de Florence. Sphincter conservé.

Sortie le 21 mai 1900. Réunion par première intention.

OBSERVATION XIII

D... Georges, 27 ans, employé de commerce. Entré le 28 mai 1900, salle Nélaton, n° 40.

Opération le 31 mai. Fistule située à 3 centim. de l'anus se dirigeant obliquement du côté de cet orifice. Ablation et suture.

Sortie le 12 juin. Guérison complète.

OBSERVATION XIV (Personnelle)

Th... François, 25 ans, infirmier. Entré le 26 juillet 1900, salle Nélaton, n° 36.

Porte sur le côté gauche de l'anus à 3 cent. à peu près de cet orifice une fistule remontant à 5 cent. et *s'ouvrant dans le rectum.*

Le 30 juillet, l'extirpation suivant le procédé de M. Souligoux est pratiquée sous chloroforme. Suture aux catguts de l'orifice intestinal, et des tissus profonds. Suture des parties superficielles aux crins de Florence. Sphincter non sectionné. Le 9 août, on enlève les fils.

Le 13 août, le malade part complètement guéri.

OBSERVATION XV

L... Louis, 47 ans, manœuvre. Entré le 20 août 1900, salle Nélaton, n° 26.

Opération le 22 août. Extirpation d'une longue fistule à l'anus. Réunion par première intention.

Sortie le 2 Septembre. Guérison.

OBSERVATION XVI

V... Fernand, 19 ans, ciseleur. Entré le 30 août 1900, salle Nélaton, n° 10.

Opération le 8 septembre. Ablation d'une fistule sous-cutanéo-muqueuse. Sortie et guérison complète le 26 septembre.

OBSERVATION XVII

D... Pierre, journalier, 28 ans. Entré le 25 Septembre 1900 Fistule anale borgne externe. Date du début : 14 août. A la fin de juin, le malade a une bronchite qui le laisse très anémié. Le 14 août, il monte à bicyclette et la selle mal placée irrite fortement la région anale.,

Il prend des bains de siège, mais au bout de deux ou trois jours un abcès se forme sur le pourtour de l'anus. Il consulte un médecin qui incise cet abcès et donne issue à une grande quantité de pus. Le malade à la suite de cette intervention ne souffre plus, l'orifice se referme presque immédiatement et cesse de donner pendant quinze jours. A ce moment, sous l'influence des efforts occasionnés par une garde-robe, l'abcès s'ouvre de nouveau et la fistule est créée.

Opération le 29 Septembre. Résection du trajet fistuleux qui était longueux et assez large. Capitonnage de la poche. Suture au crin de Florence. Pansement sec. Réunion par première intention.

Le 9 octobre, le malade sort guéri.

OBSERVATION XVIII (Personnelle)

Eugène P.,.. bijoutier, 42 ans, demeurant à Paris, entré le 8 octobre 1900, salle Nélaton, dans le service de M. le docteur Peyrot, à Lariboisière.

Le malade a eu l'attention attirée pour la première fois du côté de la région anale, il y a cinq ans. A cette époque, il eut à souffrir en ce point de cuisson, de démangeaisons, et il avait de la peine à s'asseoir. Ce malaise ne dura que quelques jours.

Il y a trois ans survint une véritable douleur, accompagnée d'une tuméfaction très manifeste. Un médecin appelé prescrivit le repos au lit et l'application d'onguent belladoné. Le malade resta alité pendant dix jours ; pendant deux ou trois jours il y eut une petite exacerbation de la douleur, puis tout rentra subitement dans l'ordre ; le malade ne se préoccupa pas autrement d'un petit écoulement de pus « d'humeur » comme il dit, qu'il remarque après une certaine garde-robe. Il se rappelle cependant que cette sécrétion passagère coïncida avec le soulagement brusque de son mal.

Il se croyait donc et depuis longtemps complètement guéri, quand il y a environ dix-huit mois, il fut pris de douleur violente dans la région anale, une tuméfaction se développa, un abcès du volume d'une amande se forma, fut ouvert par un médecin, et à partir de ce moment s'établit une sécrétion d'un produit séro-purulent, teinté quelquefois de sang altéré. En même temps à la douleur vive de l'abcès fit place une énorme sensation de pesanteur surtout manifeste dans la station assise et quand le sujet passait de cette position à la position verticale. La marche ne l'incommodait pas. Il affirme que s'il lui arrivait d'avoir des selles liquides, il se rendait parfaitement compte que des matières intestinales et des gaz s'échappaient par un petit conduit différent de l'anus. Parfois alors tout écoulement s'arrêtait comme si l'orifice du conduit fut obstrué ; pendant deux ou trois heures le malade souffrait, puis le

pus se faisait jour de nouveau et en quantité plus considérable.

Le cœur et les vaisseaux sont sains. Examiné minutieusement, l'appareil pleuro-pulmonaire ne présente aucune affection.

On trouve des traces d'albumine.

Depuis un an et demi, la miction de notre sujet se fait avec un peu plus de lenteur que de coutume.

A l'examen, on voit une fistule située à la partie postérieure de l'anus. Le malade présentait en ce point plusieurs orifices qui conduisaient dans le rectum à environ 7 ou 8 centimètres de l'anus. De plus, il existait une ouverture de l'intestin un peu en dedans du sphincter.

Opération le 15 octobre par M. Souligoux sous chloroforme.

Extirpation. — Par une dissection minutieuse, cette fistule est enlevée, et on voit à sa partie profonde deux trajets reconnaissables au tissu fibreux qui les entoure. L'un de ces trajets s'ouvrait aussi dans l'intestin. Ces deux orifices intestinaux sont suturés sous deux plans au catgut. La cavité résultant de l'ablation est capitonnée sous plusieurs plans de catgut. Réunion au crin de Florence.

Le 18 octobre, on est obligé d'enlever les crins. La plaie se désunit, mais elle présente une apparence excellente, elle est rouge, de bonne nature.

Les jours suivants, on la badigeonne légèrement avec de la teinture d'iode.

Le 16 novembre, elle est presque complètement cicatrisée.

Le 20 novembre, guérison complète.

OBSERVATION XIX (personnelle)

Q... Eugène, 18 ans, graveur sur bois. Entré le 30 Octobre 1900, salle Nélaton n° 21.

Antécédents héréditaires. — Mère morte, suite de pleurésie. Père mort à 60 ans, ne toussait pas, mais aurait eu fistule anale au dire du malade. A deux sœurs qui se sont toujours bien portées

Antécédents personels. — Le malade a une coxalgie du côté droit datant de dix ans. Il a toussé beaucoup et presque pendant tout l'hiver il y a deux ans. On lui avait prescrit et il prenait de l'huile de foie de morue.

Etat actuel. — Se présente avec une fistule siégeant du côté droit de l'anus à environ 3 centimètres de cet orifice. Cette fistule date de un an. A cette époque, un abcès se déclara à l'endroit où siège actuellement la fistule. Il fut peu douloureux, plutôt gênant et s'ouvrit de lui-même. Quinze jours environ après cette ouverture, comme il persistait un écoulement de pus, le malade entre dans le service de M. Peyrot. On pratique au thermocautère une cautérisation de la cavité suppurante, puis plus tard des injections de naphtol camphré. Celles-ci, continuées pendant sept ou huit semaines, amenèrent une guérison apparente pendant quatre mois : Mais à la fin mai dernier, formation d'un nouvel abcès incisé dans le service de M. Peyrot, injection de naphtol camphré pendant quinze jours. Guérison apparente. Enfin le 30 octobre, pour la troisième fois le malade entre à l'hôpital avec une nouvelle rétention de pus. On fait l'incision de la poche.

Etat actuel. — Par un orifice situé à droite de l'anus à 3

centimètres environ, on introduit un stylet, et on découvre un trajet fistuleux remontant le long de l'ischion presque jusqu'au trou obturateur et *s'ouvrant dans le Rectum à 8 centimètres.*

Le 5 novembre. Incision de 9 cent. et extirpation par M. Souligoux, sous chloroforme, d'après le procédé employé par l'auteur. Suture de l'orifice interne au catgut. Capitonnage de la cavité résultant de l'ablation également au catgut. Suture superficielle au crin de Florence.

Le 8 novembre. — La température étant progressivement montée depuis le jour de l'opération et ayant atteint le 8 au matin 39°2, on fait sauter les points de suture superficiels qui s'étaient infectés.

Le 9. — La température est presque revenue à la normale.

Les jours suivants, on applique tous les matins un pansement sec.

Le 20. — La plaie est en pleine voie de bourgeonnement et se trouve presque de niveau avec la région.

Le 26. — Cicatrisation presque totalement achevée.

OBSERVATION XX (Personnelle).

V... François, 28 ans, robinetier. Entré salle Nélaton, lit n° 14, le 17 octobre 1900.

A eu il y a cinq mois, un abcès à la face interne de la fesse droite. Cet abcès, dit le malade, occupait une grande surface et l'a bien fait souffrir ; il s'est évacué spontanément au bout d'une huitaine de jours. Mais il s'en est suivi un écoulement, un suintement qui a persisté depuis lors. Le 26 octobre, quatre mois et demi environ après l'éta-

blissement de la fistule, développement d'un nouvel abcès. Cette fois, le médecin est appelé dès les premiers jours et la collection est ouverte au bistouri. Sur son conseil, le malade entre à l'hôpital. L'interrogatoire nous révèle que les antécédents héréditaires sont excellents : pas de trace de tuberculose dans la famille. Au point de vue des antécédents personnels, même constatation : le malade qui a toutes les apparences d'un homme robuste n'a jamais toussé ni craché. A l'examen, du reste, l'appareil respiratoire ne porte trace d'aucune lésion. — L'inspection de la région ano-rectale fait découvrir du côté droit à 7 centim. de l'anus environ, un peu en arrière d'une ligne transversale passant par cet orifice, une surface inflammatoire rougeâtre, de deux centimètres de diamètre. Au centre de cette zône érythémateuse apparaît une petite saillie sous forme de tubercule : la pression à ce niveau révèle une forte induration et fait sourdre un liquide séro-purulent. Par l'orifice qui donne issue à ces matières, on introduit avec précaution un stylet. On découvre un trajet fistuleux présentant deux diverticules : l'un se dirige directement en arrière, l'autre obliquement en avant et en dedans en contournant en fer à cheval la face postérieure de l'anus. Le rectum ne semble perforé en aucun point. Nous avons donc affaire à une fistule borgne externe.

Opération le 15 novembre sous chloroforme, par M. Souligoux. Une sonde cannelée est introduite, mais étant données la direction compliquée de la fistule et les difficultés de bien se conduire sur la sonde, on pratique, avec des ciseaux l'incision du trajet et l'on voit que celui-ci, après avoir contourné la paroi postérieure du rectum, se redresse du côté opposé de ce conduit pour remonter latéralement bien au-dessus du sphincter externe. La recherche la plus

attentive ne fait pas découvrir de perforation intestinale. Le trajet principal en fer à cheval, ainsi que le trajet accessoire postérieur sont largement enlevés, jusqu'à ce que de toute part on se trouve en tissu sain. La plaie est réunie par deux plans de suture, un plan profond au catgut, un plan superficiel au crin de Florence. — Il en résulte sur la face interne de la fesse droite une cicatrice qui commence un peu en dehors de l'ischion, traverse le pli interfessier en arrière de l'orifice anal et va se terminer dans la région opposée. L'étendue de cette cicatrice est de 16 centim. dans le sens transversal avec un prolongement postérieur de 8 centimètres.

Les crins sont enlevés au 9e jour.

Le 26 novembre, la guérison est obtenue (réunion par première intention).

OBSERVATION XXI (Personnelle)

Recueillie dans le service de M. Potherat (Hôpital de Notre-Dame de Bon Secours.

Agnès Ch..., 42 ans, concierge, entré le 25 octobre 1900, à l'Hopital de Bon Secours, Salle Notre-Dame, lit n° 2.

La malade raconte qu'il y a environ 3 mois elle a vu se développer dans la région anale un abcès gros à peu près comme une noisette. Elle en souffrit beaucoup. Au début, elle avait consulté une sage-femme, qui prescrivit des bains de siège émollients (guimauve). L'abcès s'ouvrit spontanément au bout de 3 semaines, ce qui amena un soulagement

considérable. L'écoulement d'un liquide jaunâtre a toujours persisté depuis : cependant quelque temps après l'évacuation de l'abcès, la malade se rappelle « être restée plusieurs jours sans être mouillée », si bien que ne souffrant plus, elle se croyait guérie. La région toutefois ne tarda pas à sécréter de nouveau et assez abondamment pour qu'on fût obligé de changer de chemise tous les jours. Mais à aucun moment il n'y eut de douleur, pas même un sentiment de pesanteur ; par contre de violentes démangeaisons ressenties surtout pendant le jour. Ces temps derniers, l'écoulement alla en augmentant : de séro-purulent qu'il était resté jusqu'alors, il devint sanguinolent, de véritables filets de sang furent remarqués. Cette dernière constatation décida la malade à venir à la consultation de l'hôpital.

L'interrogatoire nous apprend encore que depuis environ 3 ans chaque garde-robe est suivie de l'issue d'une petite tumeur fibreuse qui disparaît dans l'intervalle des selles. Aux deux membres inférieurs on remarque également la présence de varices nombreuses amenant souvent le soir un gonflement des pieds et de la moitié inférieure des jambes.

Du côté des voies digestives, à signaler une gastralgie remontant à six ans, ayant eu son paroxysme à cette époque : pendant dix huit mois la malade vécut exclusivement de lait et de liquide. Depuis lors grande amélioration, la malade ne suit plus de régime spécial. Cependant elle prétend qu'elle a maigri énormément depuis deux ans. Constipation habituelle.

Rien du côté de l'appareil respiratoire, aucun signe de tuberculose.

Appareil circulatoire normal.

Premières règles à 11 ans. Toujours bien réglée depuis.

A six enfants tous bien portants. Mari également en très bonne santé.

A l'examen tout près de la marge de l'anus, au fond d'une dépression, on aperçoit un orifice, l'orifice externe de la fistule. La sonde cannelée introduite permet de constater que le trajet passe à travers le sphincter, plus près cependant de sa face muqueuse que sa face externe. Ce trajet est unique. Quant à l'orifice interne, il remonte au-dessus du sphincter. De plus, en faisant pousser la malade comme pour aller à la garde robe, on aperçoit venant faire saillie sur un côté de l'anus une petite marisque. Nous avons donc affaire à une fistule hémorrhoïdaire sus-sphinctérienne. Le traitement proposé est l'excision.

Opération. — Le 30 octobre après un nettoyage sérieux de la région, la malade étant dans le decubitus latéral, on procède à l'anesthésie locale au moyen d'un solution de chlorhydrate de cocaïne à 1 p. 100. La fistule, chaussée en manchon par la sonde cannelée est extirpée par M. Potherat. Suture. — Deux points de suture au catgut n° 2 sont appliqués sur la muqueuse rectale. Les parties superficielles sont suturées au crin de Florence.

La malade qui par erreur a pris un lavement le matin de l'intervention rend ce lavement pendant l'opération et souille sa plaie.

Rapportée dans son lit, elle dit souffrir beaucoup. Le régime lacté exclusif est prescrit et pendant les deux jours qui suivent, elle prend par pilules de un centigramme, sept centigr. d'extrait d'opium.

Le lendemain de l'opération, la douleur avait disparu.

La constipation est maintenue pendant onze jours.

Le douzième jour, on enlève les crins, la cicatrisation est parfaite.

Le lendemain on administre un purgatif léger et deux jours après la malade partant complètement guerie.

Discussion — Indications

Les adversaires de la méthode lui ont reproché certains inconvénients.

Le mode d'anesthésie a été d'abord incriminé. La chloroformisation étant nécessaire, on a dit que de ce chef on pouvait avoir des ennuis, surtout que les sujets porteurs de fistules à l'anus seraient, paraît-il, du fait de leur fistule prédisposés à la syncope. On s'expose donc à des dangers d'autant plus sérieux que le chloroforme sera administré à des malades affectés de lésions viscérales. Nous ferons simplement remarquer que l'anesthésie générale n'est pas toujours indispensable, témoin notre observation XXI, que certaines fistules superficielles à trajet unique, sont parfaitement justiciables de l'insensibilisation locale au moyen d'une solution de chlorydrate de cocaïne, par exemple. Du reste, en prenant des précautions, en ayant bien soin de ne commencer l'opération que quand le malade est profondément endormi, on n'aura pas à craindre des accidents même chez les cardiaques.

On a reproché en second lieu à la cure radicale son manuel opératoire plus compliqué, les soins particuliers que

nécessite sa réussite. Il est vrai que la suture constitue un temps de plus ajouté à l'excision simple, et qu'« un tempérament tant soit peu chirurgical » (Longo) est nécessaire. Quant à l'antisepsie rigoureuse réclamée, cela ne constitue en quoi que ce soit un obstacle, si l'on songe aux puissants moyens de désinfection que nous possédons aujourd'hui. L'autre procédé d'ailleurs, est-il aussi simple? Ne comporte-t-il pas les mêmes précautions, la même minutie dans les détails, la même surveillance assidue après l'opération ?

Ecoutons à ce propos le Professeur Trélat : « Le pansement de ces sortes de plaies, dit-il dans ses cliniques, réclame des soins méticuleux et le travail de cicatrisation doit y être surveillé avec la plus grande attention ; il est, en effet, très fréquent de voir des petits décollements nouveaux se former en divers points des bords de la solution de continuité. »

L'hémorrhagie, quoi qu'on ait prétendu, n'est pas considérable, elle est généralement même insignifiante. Elle peut, du reste, être également reprochée à l'incision au bistouri. Avec M. Quénu, nous dirons qu'on en a exagéré singulièrement l'importance. Sur 230 cas, Desprès n'en a jamais eu. Deux ou trois pinces ou quelques ligatures suffisent pour arrêter le sang artériel ; quant à l'écoulement résultant de la blessure d'une veine, il cède à de légers tamponnements. Par contre, avec la suture faite comme il a été dit, disparaît la crainte de toute hémorrhagie secondaire.

L'opération, a-t-on encore ajouté, ne réussit pas tou-

jours. M. Pozzi, en donne comme principale raison la pénétration de gaz intestinaux à travers les points de suture de la muqueuse rectale ; il peut alors se former un phlegmon profond au niveau de ce foyer fermé, d'où danger sérieux, plus grave en tout cas que s'il s'agissait d'un foyer ouvert. A cela nous répondrons qu'effectivement il faut, de temps à autre s'attendre à des échecs, mais que ces échecs deviennent de plus en plus rares, à mesure qu'on apporte plus de soin dans la pratique de l'antisepsie ; ce que l'on doit incriminer, c'est l'infection et non le passage des gaz.

Il est d'ailleurs recommandé, nous l'avons vu, de surveiller attentivement le malade. Si celui-ci, se plaint de douleur, au niveau de la ligne de suture, si l'on aperçoit de la rougeur sur le trajet des crins, ou si la température s'élève, il faut se hâter de faire sauter les fils : la plaie alors devient béante et on se trouve absolument dans les conditions de l'incision au bistouri, c'est-à-dire qu'on aura une solution de continuité qui bourgeonnera du fond à la superficie. Comme le dit justement Thévenard, l'on aura rien perdu et l'on aura risqué de gagner beaucoup. A ce moment, des pansements aseptiques renouvelés tous les jours, empêcheront le développement d'une infection, et de la sorte sera réduite à néant l'objection de ceux qui veulent voir dans cette plaie béante, un danger plus grand qu'avec l'excision au thermocautère.

Il n'est pas rare de constater de la rétention d'urine, comme cela se voit souvent à la suite de n'importe quelle

opération sur la région ano-rectale : on en a vite raison en sondant le malade.

Enfin, on a prétendu que l'application de la méthode exigeait de la part du malade plus de patience, qu'il devait se soumettre, au moins pendant une quinzaine de jours, à un régime spécial. Mais dans les autres procédés ne met-on pas les malades à la diète pendant plusieurs jours ? Et si, dans le premier cas, ils sont tenus à une constipation post-opératoire d'une dizaine de jours, dans le second cas, ne leur donne-t-on pas aussi (Duplay, Peyrot, Tripier) de l'opium pendant 5 à 6 jours. Dans l'une comme dans l'autre méthode, en effet, on est obligé de suspendre les selles pour faciliter la formation du tissu de granulation qui doit arrêter les germes pathogènes du voisinage. Et puis, cette constipation est-elle aussi mal supportée qu'on veut bien le dire ? Nous avons vu des femmes attendre une vingtaine de jours sans aller à la garde robe, et n'en être pas autrement incommodées. Hâtons-nous de dire qu'une constipation aussi prolongée n'est du reste jamais nécessaire.

Tous les arguments tendant à discréditer la réunion immédiate sont donc à peu près sans valeur. Pour nous, le seul inconvénient, la seule difficulté, l'unique complication, c'est de placer les points de suture et de bien les placer.

Mais, à côté de cela, que d'avantages ! quelle économie de temps ! quelle rapidité dans la guérison ! Quels jours d'ennui, de malaise, de souffrance physique et morale épargnés au malade ! Il est en effet reconnu par tous que grâce

à la réunion, la durée du travail de réparation est considérablement réduite. Dans les cas de succès complet, tout est fini au bout de sept à huit jours. Si on a à compter avec de légers incidents, si par exemple le malade se livre à des mouvements intempestifs, si par suite de tiraillements survenus au niveau de la plaie, quelques fils viennent à couper ou à ulcérer la peau, la guérison est néanmoins obtenue au bout de quinze à vingt jours

La différence est sensible si on compare ces résultats avec ceux fournis par l'incision. Celle-ci (Quénu) exige cinq ou six semaines, souvent deux mois et plus.

Dans les cas les plus compliqués, quand on se trouve en présence de trajets anfractueux ou d'orifices multiples, la cicatrisation est achevée après trente jours, trente-cinq jours au maximum, au lieu de quatre, cinq, six mois quelquefois, un an même comme il arriva dans deux cas cités l'un par Reclus, l'autre par Trélat. — A l'appui de ce que nous avançons, qu'on nous permette de rappeler cette observation d'une fistule très complexe, relatée par Legras dans sa thèse, traitée par la réunion immédiate, et guérie en moins de cinq semaines. Il s'agissait d'un homme de vingt-cinq ans opéré par Pierre Delbet, à la Charité, alors qu'il était chef de clinique de Duplay. La cure radicale fut faite le 25 juillet 1892.

Le malade portait deux fistules. La fistule gauche ouverte la première, était longue de dix centimètres, extra-sphinctérienne et accompagnée de décollements étendus. Le trajet très large suppurait abondamment. La fistule droite

présentait un trajet moins long, mais plus éloigné de l'anus. Les deux fistules furent entièrement reséquées, et malgré la largeur des incisions, la suture complète pratiquée. Le malade sortait entièrement guéri le 3 août.

Quel autre bienfait que celui qui assure la guérison définitive, qui met pour ainsi dire toujours à l'abri de la récidive! Comment, en effet, se reproduit une fistule? Par arrêt de la cicatrisation, par l'existence de recoins, de rainures, de diverticules, de legers recroquevillements des lèvres de la plaie où s'amassent des produits septiques. Cet état de chose est souvent celui qu'on remarque après le traitement par l'incision. Alors, les malades qui après de longues semaines paraissaient enfin guéris, se présentent de nouveau, qui avec une fissure, qui avec un abcès, qui avec un trajet fistuleux déjà reconstitué. Avec l'affrontement exact par la suture des surfaces cruentées, aucune crainte de ce genre à avoir parce que rien de semblable ne peut se produire.

Grâce encore à la réunion par première intention, les risques d'infection secondaire sont diminués. « La suture en effet, dit Thévenard n'est-elle pas la meilleure barrière à opposer aux agents infectieux du voisinage, telles les sécrétions rectales qui pénètrent à travers les pansements les mieux faits et trouvent dans la plaie béante et avivée de l'excision simple, un champ de culture favorable pour les agents pathogènes qu'elles contiennent en grand nombre. »

Un quatrième et immense avantage consiste dans l'inté

grité fonctionnelle du sphincter après l'opération. On sait quel rôle important joue ce muscle, quelle infirmité résulte de la suspension de ces fonctions. Quoi de plus affligeant que cette incontinence des matières fécales, c'est-à-dire l'impuissance où l'on se trouve de retenir les produits de la digestion qui s'échappent au dehors malgré tous les efforts.

Cette incontinence, qui peut survenir dans l'incision à la suite de la section du sphincter, a été considérée de tout temps comme la plus terrible complication post-opératoire.

Elle était redoutée d'Albucasis, de Paul d'Egine, de Jean de Vigo, de Guy de Chauliac, pour qui toute section de sphincter entraînait inévitablement l'incontinence, de de Marchettis qui ne coupait pas le sphincter sur toute sa hauteur, mais laissait intacte une bande circulaire, car disait-il, « si la cicatrice est dure et épaisse, elle peut neutraliser l'action du sphincter et causer l'incontinence ». Gosselin, Daniel Mollière (traité des maladies du rectum), Henry Schmidt (Surgery of rectum), Duplay (traité de Pathologie externe 1883), Cripps en Angleterre (on diseases of rectum, 1885), constatent également que la section du sphincter donne souvent lieu à cet accident et insistent sur l'état lamentable des malades chez lesquels il se produit.

Cette incontinence présente du reste différents degrés et se prolonge plus ou moins longtemps. Tantôt elle est passagère et ne dure que le temps nécessaire à la cicatrisation. Tantôt elle persiste plusieurs semaines, plusieurs mois un

an même après l'incision, tantôt enfin elle devient permanente.

Couper le sphincter sans en rapprocher ensuite les bords par la suture est donc chose grave, car l'on ignore s'il se refermera. On a même prétendu qu'il y avait peu de cas de fistules opérées d'après ces principes où le sphincter ait récupéré entièrement, intégralement ses fonctions. Ce qui est certain, c'est que la section double produit toujours l'incontinence.

Pour éviter de léser ce muscle, plusieurs auteurs ont eu recours à des artifices opératoires. Kœnig (1881) conseillait dans les fistules élevées l'intervention précoce, il recommandait de ne pas inciser le rectum et de se contenter du débridement des tissus fibreux. Avant lui, dans un article paru en 1872 dans la « Gazette hebdomadaire » Laroyenne avait indiqué les mêmes mesures de prudence. Mais ces traitements difficiles sont de plus insuffisants ; ils exposent à des récidives.

Avec la méthode des sutures, les craintes d'incontinence ne peuvent presque plus être alléguées, dans le procédé de M. Quénu : elles disparaissent complètement dans le procédé préconisé par Lange et complété par M. Souligoux. Dans le premier cas, en effet, on coupe bien le sphincter, mais la réparation suit de près le dommage puisqu'on recoud immédiatement. Par conséquent, s'il n'arrive pas de complication, si la plaie ne se désunit pas, on peut être assuré du bon fonctionnement du sphincter. Dans le second cas, comme on s'attache à ne jamais le sectionner, il

est évident qu'on aura jamais à constater son impuissance fonctionnelle.

L'extirpation de la fistule constitue donc une méthode bien supérieure, surtout si l'on veut encore considérer que grâce à elle on supprime immédiatement une surface de suppuration assez étendue qui affaiblit le malade et nuit à son état général Cette remarque concerne surtout les tuberculeux auxquels, comme nous allons le voir bientôt, la cure rapide rend des services inappréciables.

Quelles sont donc les indications de la méthode ? Il est admis qu'on ne peut laisser impunément sécréter un trajet fistuleux, car alors des ulcérations, des abcès nouveaux ne tardent pas à se former, donnant naissance à leur tour à des clapiers, à des décollements plus ou moins profonds, à des trajets accessoires. La fistule simple se transforme bientôt en fistule complexe, la surface suppurante augmente d'étendue et devient ainsi une cause de plus grande débilité.

Il faut donc opérer les fistules à l'anus et les opérer le plus vite possible. Du reste, le succès de l'opération, telle que nous la comprenons, est de règle, si on pratique avec rigueur l'antisepsie avant, pendant et après l'opération. Aurait-on des mécomptes, la réunion par première intention viendrait-elle à faire défaut, on aura alors la cicatrisation par bourgeonnement dont nous avons parlé, et dans tous les cas, quoi qu'il arrive, la guérison radicale sera assurée, la récidive presque un mythe.

Envisageons d'abord les fistules simples superficielles,

celles que nous avons appelées *sous-sphinctériennes*, *sous-cutanées*, *sous-cutanéo-muqueuses*. Tout le monde s'accorde à reconnaître que cette variété de fistule est justiciable de la méthode. Les exemples que nous rapportons de son heureux emploi dans nos observations, prouvent assez que dans ces cas, elle est le traitement de choix.

Quant à l'application de la réunion immédiate aux autres espèces de fistules, elle rencontre plutôt des adversaires. Les chirurgiens deviennent alors pessimistes. Les traités classiques, toutes les fois qu'il s'agit de trajet un peu élevé ou un peu compliqué, enseignent même qu'on doit carrément la rejeter. Dans le traité « de Chirurgie, 1re édition, tome VII, p. 147 et suivantes », Potherat qui traite la question s'exprime ainsi : « L'excision est une excellente méthode quand elle est applicable. Or, elle ne convient évidemment qu'aux fistules peu profondes et simples, ou avec des diverticules peu étendus », puis, « l'incision est la méthode d'élection pour tous les autres cas (que les fistules sous-cutanéo-muqueuses), elle devra toujours être accompagnée de la cautérisation au thermocautère avec ou sans curettage préalable des diverticules et du trajet principal ». De même, les auteurs du traité de Thérapeutique, n'acceptent la méthode que dans des cas très limités : « Dans la première hypothèse, disent-ils — et c'est le cas des fistules inférieures, simples et directes —, la suture s'impose : elle permettra la réunion immédiate, en 10 ou 12 jours nous guérissons maintenant ces malades au lieu de prolonger pendant un mois et au-delà la lente

cicatrisation par granulation ». Et plus loin : « Dans le second cas (fistules compliquées, anfractueuses, la réunion immédiate est contre-indiquée : le foyer opératoire doit se combler par granulation, sous un pansement à plat qui permette la surveillance de la récidive, les retouches nécessaires au bistouri et au thermo, la cautérisation ignée des bourgeons suspects, le drainage des clapiers ». Nous avons vu que M. Quénu ne pense pas autrement. Enfin, les mêmes conclusions sont adoptées par Peyrot (manuel de Pathologie externe, 1899), par Rieffel et J.-L. Faure (traité de chirurgie, 2e édition, 1899). Quant à M. Duplay, il est encore plus réservé. Voici ce qu'on lit dans les *Cliniques chirurgicales, Hôtel-Dieu, 2e Série* : « Pour les fistules remontant à une faible hauteur, après section du trajet suivie d'un curage minutieux, on a essayé de faire la réunion immédiate. On peut ainsi obtenir des succès. Mais, en raison des conditions de septicité dans lesquelles on opère, malgré la désinfection locale la plus soignée, les résultats sont d'ordinaire très aléatoires et peuvent même aboutir à des mécomptes ».

En résumé, on peut donc dire que dans les cas graves, difficiles, comme ceux que relatent nos observations, presque tous les chirurgiens réprouvent la méthode.

Pour nous, avec M. Pierre Delbet, avec M. Souligoux, nous adopterons entièrement l'opinion de Smith disant que « cette opération est applicable à toutes les variétés de fistules à l'anus, » et nous répéterons après Mitchell « qu'il n'est pas nécessaire de parler de variétés de fistules,

parce que toutes sont justiciables du même mode de traitement. »

Donc seront susceptibles d'être opérés par ce procédé les fistules intra-sphinctériennes proprement dites, les rares fistules trans-sphinctériennes, les longs trajets situés en dehors du sphincter dans la fosse ischio-rectale, les fistules enfin de l'espace pelvi-rectal supérieur de Richet.

Pour ce qui est de cette dernière variété de fistules, ainsi que des extra-sphinctériennes, la nécessité de recourir à la méthode est, ce semble, plus impérieuse encore, afin de prévenir la possibilité d'une incontinence consécutive. Les fistules complexes à décollements étendus, à trajets nombreux, à clapiers multiples, les fistules rameuses en « terrier de lapin » Allingham, à orifices cutanés en pomme d'arrosoir, seront spécialement traitées de cette façon. Plus la fistule remontera haut, plus les foyers seront nombreux et plus la cure faite de cette façon le sera utilement.

Nous avons distingué au point de vue de leur architecture propre, plusieurs sortes de fistules, ces diverses variétés doivent être également tributaires de la réunion. S'agit-il d'une fistule borgne interne, il est tout indiqué de la compléter en faisant ressortir le stylet par la surface cutanée, de l'exciser et de faire la suture. Pour la fistule borgne externe, on agira de façon analogue. Cependant, si on adopte la méthode de M. Souligoux, il y aura avantage à ne pas perforer la paroi rectale, surtout si le trajet se termine assez loin de la muqueuse, et

qu'un pont de tissu sain suffisant reste entre l'extrémité de la fistule et cette muqueuse.

Toutes les considérations précédentes sont relatives aux fistules résultant d'une inflammation simple, franche. Il nous reste donc à examiner quelle conduite on devra tenir en face de fistules tuberculeuses.

S'il s'agit d'une fistule tuberculeuse développée chez un sujet exempt de lésions viscérales, nous dirons avec M. Potherat que « nos connaissances actuelles nous ont appris qu'il y a avantage à attaquer un foyer de tuberculose localisé, et que si l'on arrive à le détruire complètement, on peut retarder pour longtemps et même à tout jamais l'éclosion d'une tuberculose viscérale. » L'indication est d'autant plus formelle que dans la plupart des cas, le simple examen clinique est impuissant à faire connaître si on a affaire ou non à une production bacillaire.

Un sujet tubercululeux est porteur d'une fistule. Quelle conduite doit-on tenir ?

On considérait autrefois ces fistules comme un émonctoire naturel, une sorte d'exutoire empêchant l'affection de progresser, et on posait en principe qu'il ne fallait jamais y toucher. A notre époque, personne n'oserait soutenir de pareilles idées. « Au contraire, la suppuration en affaiblissant l'organisme, en diminuant sa résistance favorise singulièrement l'évolution de la tuberculose. » (Potherat). Allingham dit n'avoir jamais vu pour sa part de tuberculose pulmonaire aggravée par la suppression d'un trajet fistuleux.

Mais après avoir reconnu la nécessité de l'intervention, on a prétendu que les suites opératoires chez certains sujets n'étaient pas toujours sans inconvénients. On s'est posé en contradicteur de Verneuil disant (Société de Chirurgie, 1883) que même dans le cas d'insuccès local, la marche de la maladie générale était favorablement influencée. On a fait ressortir la longue durée du travail de cicatrisation qui accompagne l'incision, le séjour prolongé au lit, condition indispensable à la guérison de la fistule, mais débilitante pour l'organisme déjà compromis du sujet. — Il est incontestable qu'une plaie suppurante qui immobilise de la sorte pendant de longues semaines n'est pas sans retentir fâcheusement sur l'état général. Nous n'en voulons pour preuve que le cas de ce tuberculeux, cité dans les Cliniques de Trélat, lequel opéré au mois de janvier 1881, n'était pas encore guéri de sa fistule au mois d'août : dans l'intervalle s'étaient complètement affirmés les signes de tuberculose pulmonaire que l'on ne pouvait que soupçonner au moment de l'opération. Telle encore l'histoire de ce malade, rapportée dans la même leçon du 8 janvier 1884, qui opéré le 14 décembre 1883, ne sortit de l'hôpital que le 17 mai 1884, avec une fistule à peine cicatrisée. — Ces considérations ont déterminé la plupart des chirurgiens à ne pas opérer les fistules de tuberculeux tant soit peu avancés.

Avec la méthode de suture, il suffit que le malade puisse supporter l'opération : la durée du séjour au lit devient presque négligeable.

Pour ce qui est de l'opération dans le cas de fistules tu-

berculeuses, elle se fait de même façon, elle est suivie également de guérison si bien qu'on peut dire que l'origine tuberculeuse ou non ne modifie pas les résultats (Quénu).

Y a-t-il des contre-indications à l'extirpation.

Du côté de l'état général, se pose la question des fistuleux porteurs de lésions pulmonaires. Si ces lésions sont avancées, l'ébranlement qui résulte de toute intervention importante sera difficilement supporté ; il vaudra peut-être mieux dans ce cas abréger la durée de l'opération, et alors, on se bornera à assurer l'écoulement des liquides purulents pour qu'il ne se produise pas d'infection par rétention. Le seul juge en la matière est le chirurgien qui d'après le degré des lésions viscérales décidera si le malade peut ou non supporter l'opération.

Du côté de la fistule, nous ferons une exception pour les énormes délabrements qui isolent le rectum en « battant de cloche » ; la région dans ce cas ne présente plus aucun point d'appui pour les sutures.

La contre-indication à la réunion immédiate résultera encore de la hauteur considérable du conduit. Nous avons vu comment il fallait traiter des trajets aussi élevés.

Enfin, pour les fistules qui sont consécutives à un rétrécissement partiel du rectum, nous partagerons la réserve de M. Tillaux (1). En effet « ces fistules peuvent disparaître spontanément et même rapidement par la seule section de

(1) Tillaux. Chirurgie clinique, t. II, p. 654. — Traité d'anatomie topographique, p. 936 et 937. — Leçons de clinique chirurgicale, 11 juin 1894, p. 291 et suiv.

la bride qui constitue le rétrécissement), comme une fistule dentaire après l'ablation de la dent malade... »

Quant aux fistules symptomatiques d'un cancer du rectum, il est évident que leur extirpation ne produira aucun résultat utile, si on ne peut pas attaquer en même temps le néoplasme qui les a produites.

Lorsque des tumeurs hémorrhoïdaires existeront concurremment avec une ou plusieurs fistules, on pourra dans la même séance enlever ou détruire les premières, et faire l'ablation des secondes.

Conclusions

I. La résection suivie de suture des fistules à l'anus est une opération rationnelle, qui permet d'abréger considérablement la durée de cette affection ;

II. Elle est applicable à tous les cas, sauf peut-être à ces fistules multiples qui accompagnent les rétrécissements du rectum ;

III. Dans tous les cas, quelle que soit la hauteur de la fistule, on peut et on doit conserver le sphincter et ne pas inciser le rectum ;

IV. La masse des tissus qui enveloppent la fistule doit être enlevée **comme une tumeur** en se guidant sur une sonde cannelée. Cette ablation est toujours possible à la condition de pratiquer des incisions suffisamment étendues, décrivant une légère courbe à concavité interne ;

V. S'il existe une ou plusieurs perforations intestinales, on doit, après avoir avivé les orifices, les suturer ;

VI. Cependant, si par exception dans une fistule complète très élevée, cette suture était impossible, il faudrait non pas inciser le rectum et le sphincter, mais bien après avoir

restreint l'étendue de la plaie, laisser une ouverture suffisante pour recevoir un drain ;

VII. Dans le cas où la réunion échoue, on se trouve avoir fait quand même une opération utile, puisque l'on a enlevé, outre le trajet fistuleux proprement dit, les lames scléreuses qui l'entourent et qui sont un obstacle à la guérison. Dans ces cas, la plaie se cicatrise par bourgeonnement et se referme d'autant plus vite qu'elle est large, et qu'il ne peut y séjourner par rétention aucun produit septique.

Vu : Le Président de la Thèse,
TILLAUX.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Paris. — L. BOYER, imprimeur, 15, rue Racine.